

# Rezept

**Arztdaten (Praxisstempel)**

Vorname / Name	Tel.
Praxis / Klinik	ZSR / GLN Nr.
Strasse / Nr.	Fax
PLZ / Ort	E-Mail

**Patientendaten (Patientenetikette)**

 Patientensprache  D  F  I

Vorname / Name	Tel.
Strasse / Nr.	Krankenkasse
PLZ / Ort	Vers.-Nr.
Geburtsdatum	E-Mail

**Leqembi®** 200 mg/2 ml Durchstechflasche (1 Stk) \_\_\_\_\_ Anzahl Packungen

**Leqembi®** 500 mg/5 ml Durchstechflasche (1 Stk) \_\_\_\_\_ Anzahl Packungen

Infusionszubehör: Infusionsfilter 0.2µm, Promedical Infusionsset

**Dosierung** \_\_\_\_\_

**Rezept-Gültigkeit**  Einzelrezept  Dauerrezept \_\_\_\_\_ Monate  Repetitionen \_\_\_\_\_

**Kostengutsprache**  Wurde bereits eingeholt (bitte Kopie mitsenden)

**Home Care Service** Die Ärztin/der Arzt wünscht die Verabreichung durch eine spezialisierte MediService Pflegefachperson:  Ja  Nein

<b>Zusätzlich benötigte Medikamente</b> (Name, galenische Form, Stärke, Packungsgrösse)	<b>Anzahl</b>	<b>Gültigkeit</b>	<b>Dosierung</b>
<input type="checkbox"/> Solu-CORTEF® Trockensub 100 mg c Solv 2 ml (1 Stk)			
<input type="checkbox"/> Tavegyl® Inj. Lös. 2mg/2ml i.m./i.v. Amp 2ml (5 Stk)			
<input type="checkbox"/> NaCl Braun 0.9% Ecoflac Plus Infusionslösung 250ml (1 Stk)			
<input type="checkbox"/> NaCl Fresenius 0.9% Freeflex+ Infusionslösung 100ml (1 Stk)			

<b>Lieferadresse</b>	<input type="checkbox"/> obige Patientenadresse	<input type="checkbox"/> obige Arztadresse
	<input type="checkbox"/> andere Lieferadresse (CH)	<input type="checkbox"/> Spitalapotheke
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____

Falls ein bestimmtes Lieferdatum gewünscht ist, bitte angeben. Lieferung am: \_\_\_\_\_

<b>Wichtig</b> Die Ärztin/der Arzt bestätigt mit ihrer/seiner Unterschrift, dass die Patientin/der Patient der Rezeptübermittlung, Therapiebegleitung sowie dem Bezug über MediService zugestimmt hat und dass die Angaben der Ärztin/des Arztes (ohne Patientennamen) zu statistischen Zwecken, sowie im Falle von unerwünschten Ereignissen, an den Medikamentenhersteller übermittelt werden können.	<b>Unterschrift der Ärztin/des Arztes</b>
<b>Haben Sie das Rezept unterschrieben?</b> Bitte das Rezept an <a href="mailto:contact@mediservice.ch">contact@mediservice.ch</a> oder via Fax an 032 686 20 30 senden.	Datum, Stempel / Unterschrift

02691